

UNIDADE 05



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE QUEDAS

MÓDULO 19



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE QUEDAS

UNIDADE - 05

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Créditos:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão Ortográfica:

João Carlos Raposo Moreira

Revisão Técnica:

Fabício Silva Pessoa

Leonardo Savassi

Mariana Borges Dias

Revisão Didático-Pedagógica :

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia.

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

**Avaliação e manejo domiciliar de quedas/ Guilherme Emanuel
Bruning; Sati Jaber Mahmud; Verlaine Balzan Lagni (Org.). - São
Luís, 2013.**

12f. : il.

**1. Saúde do idoso. 2. Pessoas idosas. 3. Assistência domiciliar.
4. Quedas. 5. UNASUS/UFMA. I. Título.**

CDU 613.9-053.9

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| | p. |
| UNIDADE 5 | 6 |
| 5 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE QUEDAS | 6 |
| 5.1 O que é | 6 |
| 5.2 Como avaliar | 6 |
| 5.3 Como diagnosticar | 8 |
| 5.4 Como manejar e prevenir | 9 |
| 5.5 Quando referenciar | 13 |
| REFERÊNCIAS | 15 |

UNIDADE 5

5 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE QUEDAS

5.1 O que é

Queda é definida como uma mudança de posição inesperada, não intencional e que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior (p. ex. no chão ou sobre o mobiliário) e que não seja consequência de paralisia súbita, crise convulsiva ou força externa (NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, 1987).

No Brasil, estima-se que 29% dos idosos tenha um evento de queda pelo menos uma vez ao ano e que 13% caiam de forma recorrente (PERRACINI; RAMOS, 2002). Em populações acima dos 80 anos, o número de episódios de queda pelo menos uma vez ao ano aumenta para cerca de 50% (NICE, 2013).

A queda em idosos é um evento que aumenta a mortalidade deste grupo populacional, além de ser determinante para causar restrição de mobilidade (pelo desenvolvimento da síndrome ou fobia pós-queda, que é caracterizada pelo medo de andar novamente mesmo sem possuir lesões ou impedimentos), isolamento social, insegurança, fragilidade, institucionalização e declínio geral da saúde. (PERRACINI, 2005)

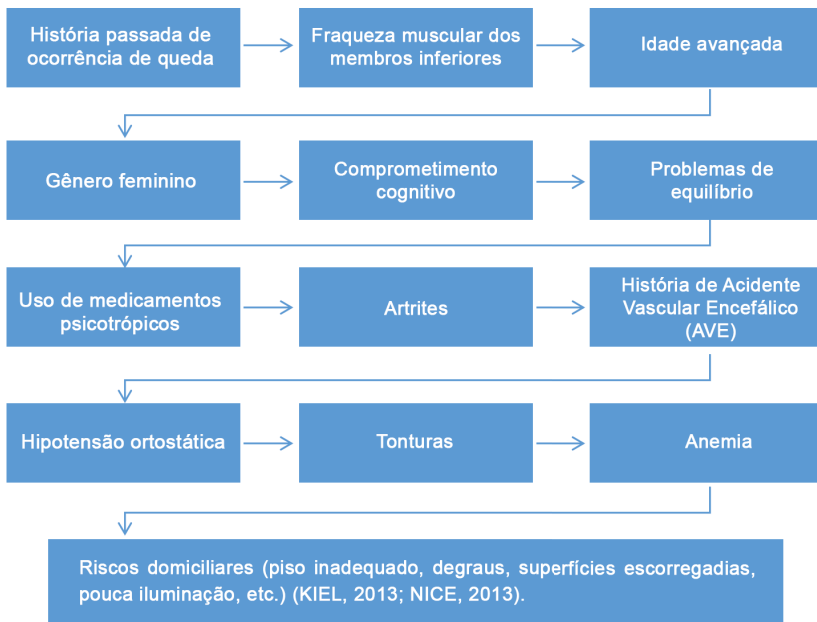
5.2 Como avaliar

A população idosa, que corresponde a um percentual significativo das pessoas que são assistidas em domicílio, tende

a sub-relatar as quedas (PERRACINI, 2005). De acordo com Kiel, (2013), isto ocorre por uma série de motivos:

Não ocorrência de lesões significativas após o evento;
Falta de questionamento, pelo profissional de saúde, ao paciente especificamente sobre a ocorrência de queda (atual ou passada);
Crença de pacientes e profissionais de saúde de que a queda faz parte do processo natural de envelhecimento e deterioração da saúde.

Dessa forma, é importante que as equipes de Atenção Domiciliar pesquisem ativamente a ocorrência de quedas no último ano, os fatores de risco associados a quedas e possibilidades de prevenção em domicílio. Os fatores de risco reconhecidamente associados a quedas, são:



5.3 Como diagnosticar

Pessoas em acompanhamento pela Atenção Domiciliar devem ser inquiridas rotineiramente sobre a ocorrência de quedas no último ano, além da frequência dos episódios, contexto e características das quedas. Para tanto, pode-se utilizar uma avaliação sobre fatores de risco, conhecida como “Avaliação Multifatorial para Risco de Quedas”, e que contém os seguintes itens:

1. Identificação da história e circunstância das quedas anteriores.
2. Avaliação de marcha, equilíbrio, mobilidade e força muscular.
3. Avaliação do risco de osteoporose.
4. Avaliação da autopercepção da pessoa idosa em relação à sua funcionalidade e medo de queda.
5. Comprometimento da visão.
6. Avaliação de comprometimento cognitivo e exame neurológico.
7. Avaliação de incontinência urinária.
8. Exame físico cardiovascular e revisão dos medicamentos em uso.
9. Avaliação dos riscos/perigos domiciliares (ambientais).
10. Avaliação dos pés e calçados utilizados pela pessoa (NICE, 2013).

É importante lembrar que, obrigatoriamente, devem ser submetidas à avaliação multifatorial para risco de quedas, todas as pessoas que tiverem procurado atenção profissional devido a uma queda, pessoas que apresentarem episódios recorrentes de queda no último ano (dois ou mais) ou aquelas que possuírem qualquer anormalidade de marcha ou equilíbrio (NICE, 2013).

Pessoas que tenham tido um episódio isolado de queda no último ano, sem alteração de marcha ou equilíbrio, podem

ser reavaliadas anualmente. Para uma boa avaliação de fatores de risco para quedas, a anamnese e exame físico devem ser minuciosos. Alguns instrumentos de avaliação de equilíbrio e risco de quedas confiáveis e fáceis de aplicar podem ser utilizados pela equipe para ajudar a mensurar o comprometimento da capacidade funcional dos indivíduos. O Teste Timed up and Go e a Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti ou POMA-Brasil são bastante utilizados nesses casos (BRASIL, 2007).

SAIBA MAIS!

Acesse o conteúdo completo dos testes em:

<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v79n1/v79n1a04.pdf> (artigo que descreve o Teste Timed Up and Go).

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf (Caderno do Idoso, onde, no Anexo 5, há descrição da Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti ou POMA-Brasil).

Testes diagnósticos adicionais, como exames de laboratório ou de imagem, poderão ser indicados de acordo com a anamnese e exame físico (KIEL, 2013).

5.4 Como manejar

Um episódio de queda pode ocasionar lesões mais sérias, como fraturas e hematomas intracranianos. Dessa forma, em casos de atendimento a essas situações, a equipe de Atenção Domiciliar deve atentar para identificação de lesões graves e referenciar estes pacientes para o tratamento adequado.

Já que a queda é caracterizada como um evento consequente da combinação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, o foco mais importante no domicílio é sempre reconhecer e eliminar as causas modificáveis. Desta forma, quanto maior o número de fatores de risco que o indivíduo, a equipe e familiares/cuidadores conseguirem abordar conjuntamente, mais eficiente será a intervenção. Antes de tudo, é importante ouvir do paciente quais são seus medos, suas expectativas e observar suas características individuais para que as estratégias utilizadas sejam direcionadas às necessidades e aos seus desejos e que eles as desenvolvam com prazer, porque disso depende seu envolvimento e o sucesso da proposta (PAULA, 2010).

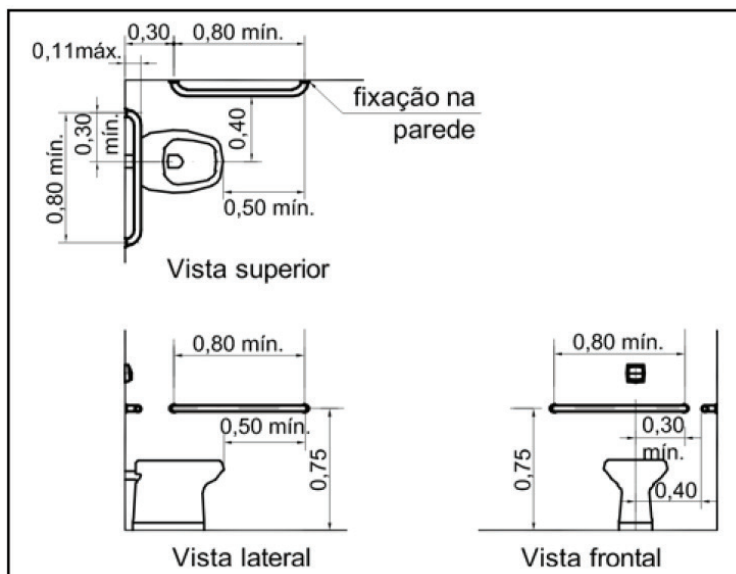
Os seguintes itens devem sempre ser abordados: treinamento de força e equilíbrio, avaliação e intervenção em riscos/perigos domiciliares, avaliação de visão, revisão dos medicamentos em uso, modificação ou retirada de psicotrópicos e medicamentos de atuação cardiovascular (NICE, 2013).

As atividades físicas de força e equilíbrio norteiam os programas de prevenção de quedas, fato que se justifica pelos efeitos da redução de massa muscular e óssea corporal e pela menor habilidade dos mecanismos sensoriais de compensar alterações posturais, decorrentes do envelhecimento. A atividade física regular promove melhora no padrão de marcha, mantém a independência do indivíduo e diminui o tempo de resposta reativa aos desequilíbrios, sendo por isso importante incentivá-los a manterem-se ativos. Muitos exercícios podem facilmente ser realizados no domicílio, com poucos instrumentos, mas sempre com acompanhamento do familiar ou cuidador e da equipe (FREITAS et al., 2011; PAULA, 2010; DOMINGUES; LEMOS, 2010).

Atividades físicas também auxiliam no manejo do “medo de cair” ou da síndrome pós-queda por aprimorarem a confiança do indivíduo na capacidade de ficar em pé e caminhar. O uso de protetores de quadril (incomum no Brasil) e dispositivos auxiliares da marcha, como bengalas, muletas e andadores, também parecem diminuir o medo de quedas, no entanto é necessária a indicação e prescrição do dispositivo adequado a cada caso pelo profissional responsável, além da aceitação por parte do indivíduo (PAULA, 2010; FREITAS et al., 2011).

Modificações no ambiente domiciliar também são indicadas. Observar altura do vaso sanitário, possuir bancos mais altos, colocar barras de proteção no banheiro, verificar o acesso a interruptores, torneiras e utensílios de banho, deixando o local limpo e organizado, colocar antiderrapantes e sinalizadores nas superfícies lisas, deixar sempre os ambientes iluminados (inclusive uma luz mais fraca à noite por causa das idas ao banheiro), adaptar corrimões nas escadas, permitir que os objetos fiquem ao alcance dos indivíduos e permaneçam nos mesmos lugares, retirar tapetes, adaptar espaços em torno da residência, diminuindo as barreiras arquitetônicas, são algumas sugestões. Na NBR 9050/2004 é possível encontrar algumas medidas adequadas (ABNT, 2004):

Figura 1 - Bacia sanitária - Barras de apoio lateral e de fundo.



Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificação, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/pessoa-deficiencia/norma-abnt-NBR-9050>>.

Os calçados devem ajustar-se ao arco do pé e não apertar nem causar lesões, ter solados antiderrapantes e não possuir saltos. É melhor evitar chinelos e sapatos que fiquem largos e que tenham solados gastos ou escorregadios. Sapatos e roupas devem ser de fácil colocação e o vestir-se e o calçar-se são atividades que podem ser feitas com o indivíduo sentado em uma cadeira (DOMINGUES; LEMOS, 2010; PAULA, 2010).

Alterações de visão e audição devem ser valorizadas.

Sugestões de abordagem incluem: adequação de lentes corretivas, visita anual ao oftalmologista, evitar o uso de lentes bifocais, acompanhamento cuidadoso do equilíbrio corporal após cirurgia de catarata e prescrição e uso adequado do aparelho de amplificação sonora. Alguns medicamentos podem alterar o equilíbrio e seu uso prolongado poderá favorecer as quedas: antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos, antiarrítmicos, hipoglicemiantes, anti-inflamatórios não hormonais e polifarmácia (uso de cinco ou mais drogas associadas). Na medida do possível, o uso destes medicamentos deve ser racionalizado, utilizando as doses mínimas necessárias e evitando a automedicação (PERRACINI, 2005).

O trabalho de educação consiste em elucidar as mudanças orgânicas provenientes do envelhecimento, mostrar as causas que podem acarretar quedas, conscientizá-los das barreiras arquitetônicas e ambientais que podem prejudicá-los e, obviamente, utilizar essas informações para introduzir e justificar mudanças nas suas atitudes (PAULA, 2010)

5.5 Quando encaminhar

As pessoas que apresentarem lesões importantes decorrentes de uma queda devem ser referenciadas para o setor de urgência ou emergência. Exemplos de lesões graves que devem ser referenciadas: fratura, perda de consciência, suspeita de AVE, hematoma intracraniano, luxação e disfunção orgânica importante. O Ministério da Saúde assegura que os sinais de alerta no domicílio que indicam necessidade de estabilização e acionamento de equipe de urgência (SAMU) são:

Alteração do estado mental;
Perda transitória ou imediata da consciência;
Cefaleia progressiva e refratária;
História concomitante de uso de drogas ou álcool;
Convulsões ou vômitos;
Sangramento pelo ouvido ou nariz;
Fratura concomitante de face ou outra parte do corpo;
Idade abaixo de dois anos;
Possibilidade de trauma penetrante (BRASIL, 2013).

O referenciamento eletivo deve ser realizado para melhor avaliação de fatores de risco, como alterações de visão, audição, realização de eletrocardiograma ou Holter, exames de imagem, dentre outros.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificação, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/pessoa-deficiencia/norma-abnt-NBR-9050>>. Acesso em: 8 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. _____. _____. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v.2. 205p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2013.

DOMINGUES, M. A.; LEMOS, N.D. (Coord.). **Gerontologia**: os desafios nos diversos cenários da atenção. Barueri, SP: Manole, 2010.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KIEL, Douglas P. **Falls in older persons**: risk factors and patient evaluation. 2013. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation>>. Acesso em: 8 nov. 2013.

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION.

The prevention of falls in later life: a report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. **Dan Med Bull**, v.34, n.4, p.1-24, apr.1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3595217>>. Acesso em: 8 nov. 2013.

NICE. **Falls**: assessment and prevention of falls in older people. London: NICE, 2013.

PAULA, F.L. **Envelhecimento e quedas de idosos**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.

PERRACINI, M.R. Prevenção e manejo de quedas no Idoso. In: RAMOS, L.R.; TONIOLO NETO, J. **Geriatría e gerontologia**: guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Manole, UNIFESP, 2005.

____; RAMOS, L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.6, p.709-16, 2002.